

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 74

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PLEURÉSIES

au cours de la fièvre typhoïde

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juillet 1919

PAR

COMTE (Louis-François)

Né à Rennes (Ille-et-Vilaine), le 12 mars 1896

Licencié ès sciences

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président*.

DUCAMP, Professeur.

LEENHARDT, Agrégé.

} *Assesseurs*



MONTPELLIER

“ L'ABEILLE ” IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

14. Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PLEURÉSIES
au cours de la fièvre typhoïde

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 74

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PLEURÉSIES
au cours de la fièvre typhoïde

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juillet 1919

PAR

COMTE (Louis-François)

Né à Rennes (Ille-et-Vilaine), le 12 mars 1896

Licencié ès sciences

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président.*

DUCAMP, Professeur.

LEENHARDT, Agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

“ L'ABEILLE ” IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 3-78

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (♂).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N..
Clinique médicale.....	N..

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. * ♂), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ♂, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (* ♂), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ♂).	J. DELMAS (♂).	PECH (* ♂) ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. RAUZIER, prof., présid.; DUCAMP, prof.; LEENHARDT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de profonde
et affectueuse reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

AUX PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MON MAÎTRE
LE DOCTEUR F. VÉRON

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

*nous dédions notre thèse en
témoignage de profonde recon-
naissance.*

L. COMTE.

A MES EXAMINATEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*nos hommages respectueux et
reconnaissants.*

L. COMTE.

Au seuil de notre vie professionnelle et en terminant nos études médicales nous tenons à adresser à nos maîtres de l'Hôtel-Dieu et de l'École de médecine de Rennes nos remerciements les plus sincères.

Que MM. les professeurs Dayot, Le Damany et Lautier veuillent bien trouver ici l'assurance de notre reconnaissance.

Les circonstances nous firent collaborer avec M. le professeur Véron, d'abord dans le service des enfants à l'Hôtel-Dieu, puis pendant deux ans à la Maternité, où nous remplîmes les fonctions d'interne. Auprès de ce Maître très paternel, nous avons pu acquérir la pratique qu'il nous enseignait avec tant de bonté, et c'est pour nous un devoir bien doux de l'assurer ici de notre vive reconnaissance et de notre sincère gratitude.

Que M. le médecin aide-major Prêlat, qui nous enseigna les premières notions de l'ophtalmologie pendant son séjour à Rennes, accepte notre hommage reconnaissant.

Nous remercions également M. le docteur Bénard qui guida nos premiers pas dans la pratique chirurgicale.

M. le professeur Rauzier nous a fait le grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille bien agréer l'hommage de nos respectueux remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PLEURÉSIES

au cours de la fièvre typhoïde

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

L'existence de pleurésies survenant au cours de la fièvre typhoïde n'est point une constatation récente. Dès 1624, Spiegel rapporte une observation suivie d'autopsie dans laquelle les lésions constatées sont nettement celles de la fièvre typhoïde et de la pleurésie. Les anciens traités de pathologie mentionnent cette coexistence que certains signalent même comme assez fréquente, mais sans établir aucun lien entre les deux maladies. Pour les auteurs de cette époque, la pleurésie est une maladie indépendante, surajoutée, ayant son évolution et ses causes propres complètement distinctes de celles de la fièvre typhoïde. C'est ainsi que Røderer et Wagner (1762), Chirac (1762), Prost (1804), Petit et Serre (1813), Bouillaud (1826), rapportent des observations dans lesquelles ils considèrent comme fortuite l'association de la fièvre typhoïde et de la pleurésie.

Ce fut Louis en 1829 qui, le premier, songea à une relation possible entre les deux maladies, mais l'état de la science médicale à son époque ne lui permit pas d'émettre à ce sujet autre chose que des conjectures. En effet, les signes cliniques de la pleurésie étaient encore mal connus et le diagnostic restait incertain. En outre, les recherches de laboratoire n'existaient pas et ainsi il était impossible dans ces conditions d'arriver à relier de façon certaine les deux maladies.

Plus tard, le diagnostic clinique de la pleurésie devint facile, grâce à Laënnec, et la pleurésie au cours de la fièvre typhoïde cessa d'être une trouvaille d'autopsie. Trousseau, Rilliet et Barthez, Grisolle, Rollet en signalaient des cas, décrivent son évolution et la considèrent comme rare, tandis qu'à la même époque des auteurs anglais (Peacock, Gairdner, Jenner) et des auteurs allemands (Griesinger, Hoffmann, Liebermeister) insistent au contraire sur sa fréquence relative.

Jusqu'à l'ère des études bactériologiques, l'indécision régna quant aux rapports exacts de la fièvre typhoïde et de la pleurésie. Certains continuaient à considérer la pleurésie comme une infection étrangère, surajoutée, favorisée par l'existence de la fièvre typhoïde : d'autres émettaient assez timidement l'hypothèse que ces deux maladies pourraient bien être de même nature.

L'étude bactériologique montra que si certaines des pleurésies survenues au cours de la fièvre typhoïde sont dues à des infections étrangères, d'autres — et ce sont les plus nombreuses — sont de nature éberthienne et sont simplement une localisation nouvelle de l'infection primitive. C'est ainsi que Valentini, Loriga et Pensuti, Rendu et de Gennes mirent en évidence la

présence du bacille d'Eberth dans le liquide de pleurésies typhoïdiques.

Plus tard, les techniques de laboratoire destinées à établir la nature de l'épanchement se sont précisées et multipliées, grâce en particulier aux recherches de Fernet, Charrin, Kelsch, les aspects cliniques ont été bien identifiés et classés, et la question peut, aujourd'hui, être considérée comme classique.

Quelques excellentes thèses, celles de Ducloux (Montpellier, 1882), Gaillard (Paris, 1883), Jaugey (Paris, 1888), Labiche (Paris, 1889), Michel (Paris, 1900), etc., ont bien précisé les aspects divers de la question. Nous voudrions aujourd'hui, dans ce modeste travail, réunir un certain nombre de notions éparses, à la lumière de quelques observations choisies parmi les plus caractéristiques de celles qui ont été publiées. Au point de vue bactériologique, en effet, la discussion n'est pas close et certains points obscurs appellent encore des recherches.

CHAPITRE II

QUELQUES OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Achard, *Sem. méd.*, 1898)

Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans atteint d'une fièvre typhoïde dont le diagnostic n'était point douteux et qui présentait de la stupeur, de la céphalalgie, des taches rosées, une grosse rate, de l'albuminurie. Au bout d'une huitaine de jours, en pleine période d'état, le malade, qui jusqu'alors n'avait eu d'autres phénomènes thoraciques qu'une expectoration peu abondante et légèrement striée de sang, mais sans signes physiques appréciables, devint dyspnéique : 36 respirations par minute. En même temps, la matité de l'hypocondre gauche dépassait la région splénique et remontait au niveau de la base du thorax. Une ponction exploratrice

donna issue à du liquide séreux, un peu louche, offrant à l'examen histologique des globules rouges et de nombreux globules blancs.

Deux jours après, la dyspnée persistant, bien que les signes physiques de l'épanchement consistassent seulement en un peu d'obscurité du murmure respiratoire à la base et de matité sur quelques travers de doigt, sans déformation thoracique, on fait une ponction aspiratrice et l'on retire environ 150 grammes d'un liquide hématique et riche en globules blancs.

Nouvelle ponction six jours plus tard donnant un liquide séro-sanguin moins purulent, contenant moins de globules blancs que le précédent. Puis un petit foyer de broncho-pneumonie se développe du côté opposé, au niveau du hile du poumon droit, et une ébauche de phlébite apparaît à la jambe gauche (œdème, douleur le long des trajets veineux), puis disparaît en quelques jours. Toutefois, la matité persiste à la base gauche, avec du souffle, bien que la température s'abaisse et que le malade entre franchement en convalescence.

Une dernière ponction exploratrice, faite un mois après la première, fournit encore du liquide qui, cette fois, est plus clair et ne contient guère d'éléments figurés. Puis le souffle disparaît, la matité diminue, le malade se rétablit complètement et, après avoir été maintenu quelque temps en observation, quitte l'hôpital deux mois et demi après qu'il y était entré.

Le bacille d'Eberth existait à l'état de pureté dans la plèvre depuis la première ponction jusqu'à la dernière exclusivement, car le liquide de celle-ci est resté stérile. L'inoculation au cobaye de 20 cent. cubes de liquide pleural n'a point déterminé de tuberculose. En outre,

ce liquide pleural était fortement bactéricide et agglutinait le bacille d'Eberth à 1/100.

Dans ce cas, l'épanchement, quoique tenace, a été peu considérable, et, malgré l'abondance des globules blancs, est resté séro-hématique sans jamais passer à la purulence, comme on le pouvait craindre.

OBSERVATION II

(Achard. — *Sem. méd.*, 1898)

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans qui, lorsqu'elle entra à l'hôpital le 1^{er} avril, était déjà souffrante depuis trois semaines, éprouvant une grande fatigue et une vive céphalalgie, ayant eu même des épistaxis, mais continuant à vaquer à ses occupations, pourtant pénibles, de bonne à tout faire. A son entrée, elle présentait de l'abattement, une légère diarrhée, un peu de gargouillement iléo-cæcal, une grosse rate, des traces d'albumine dans l'urine, une température de 39°4 et, au thorax, quelques râles de bronchite à la base droite, avec des frottements à gauche, en avant et latéralement.

Le lendemain, la température ayant atteint 40°, je prescrivis les bains froids; mais un seul bain fut donné, après lequel la température s'abaisse et resta au-dessous de 39° les jours suivants, tombant même à 37°2. En même temps, l'état général s'améliora, la prostration diminua, il était évident que la malade était arrivée à la période de déclin et que la plus grande partie de la période d'état s'était déroulée avant l'entrée à l'hôpital. On peut donc

ranger ce cas parmi les fièvres typhoïdes dites ambulatoires qui, à vrai dire, ne sont pas toujours légères et parfois même donnent lieu aux plus redoutables complications.

Cependant, malgré l'amélioration des phénomènes généraux et l'abaissement thermique, il subsistait les symptômes thoraciques : matité à la base droite, puis apparition de la matité à la base gauche, avec souffle, expectoration muco-purulente. Une ponction exploratrice, faite le 13 avril à la base gauche, donne issue à un liquide exclusivement sanguin.

Puis, les signes thoraciques persistant toujours, l'état général cesse de s'améliorer, la température remonte, par poussées irrégulières, atteignant jusqu'à 40°, 40°6, et tombant à 38°, 37°6. Une nouvelle ponction, pratiquée huit jours après la première, fournit un liquide couleur chocolat, trouble, renfermant beaucoup de globules de pus et quelques rares bacilles ; l'ensemencement de ce liquide donne des cultures pures de bacilles d'Eberth. Quelques jours plus tard, des douleurs surviennent dans la région de l'hypocondre gauche, et les fausses côtes, à ce niveau, semblent soulevées en une voussure appréciable qui élargit la base du thorax ; on fait une troisième ponction exploratrice qui, cette fois, ramène un liquide verdâtre, franchement purulent.

Dès lors, l'opération de l'empyème est décidée en principe ; mais en raison du mauvais état général de la patiente, de concert avec mon collègue M. Gérard-Marchand qui a bien voulu examiner la malade, nous décidons de différer l'intervention. En effet, la jeune fille a beaucoup maigri, elle ne s'alimente pas et d'ailleurs on n'ose guère lui donner d'aliments solides car la diarrhée persiste et l'on peut craindre l'existence de ces ulcérations atoniques

qui caractérisent les formes trainantes de la fièvre typhoïde et qui exposent les malades à des perforations tardives. Afin d'atténuer les phénomènes dépendant de l'existence du foyer infectieux pleural et de permettre à la patiente de se remonter avant de subir l'opération, on fait d'abord une ponction qui, pratiquée le 28 mai, fournit un litre de pus donnant des cultures pures de bacille d'Eberth. Mais, après avoir subi un léger abaissement, la température, qui oscille autour de 37° pendant quelques jours, remonte, atteignant même 40°, et l'alimentation ne se fait pas mieux.

Comme il n'y a plus aucun bénéfice à temporiser, M. Gérard-Marchand pratique, une quinzaine de jours plus tard, l'opération de l'empyème avec résection d'une côte. Il s'écoule une grande quantité de pus. La cavité pleurale est drainée.

Après cette intervention, l'amélioration survient et se poursuit peu à peu. L'opérée s'alimente graduellement et reprend ses forces. La plaie se cicatrise et la jeune fille quitte l'hôpital le 29 août. Je l'ai revue le 26 septembre. Sa santé générale est parfaite, on entend la respiration dans presque tout le poumon, jusqu'à la cicatrice; au-dessous de celle-ci seulement il persiste de la matité avec abolition du murmure vésiculaire.

OBSERVATION III

(Macaigne et Théry. — *Gaz. Hôp.*, 27 nov. 1913)

T..., 35 ans, ménagère, entre salle Axenfeld, le 15 février 1902, pour dothiéntérie. L'origine hydrique de

l'affection ne saurait être suspectée, car la malade fait usage constant d'eau minérale. Les premiers troubles apparurent quelques jours après l'ingestion d'huîtres ; un jeune garçon fut aussi indisposé et nous apprenons qu'il est soigné à l'hôpital Trousseau pour dothiéntérie ; seul le mari fut indemne, mais il a eu la fièvre typhoïde quelques années auparavant.

Notre malade est bien constituée, sans tare organique, sans antécédents pathologiques ; elle présente au complet les signes classiques de la fièvre typhoïde : température en plateau, diarrhée, taches rosées, grosse rate, etc. L'auscultation de la poitrine révèle l'existence de râles ronflants et sibilants, comme il est de règle au cours de l'affection, mais ces symptômes n'ont pas d'intensité spéciale.

L'hémoculture ne peut être faite, car il était impossible de mettre en évidence la moindre veine superficielle. Mais le séro-diagnostif est positif à 1/200 avec l'Eberth, négatif à 1/10 avec les para A et B. La sensibilisatrice ne fut pas cherchée.

L'évolution fut normale et la défervescence se fit le 26^e jour de la maladie. La malade était apyrétique depuis quatre jours, quand brusquement, le 14 mars, elle accusa un point de côté thoracique, sous le mamelon gauche ; en même temps, survinrent une légère dyspnée, une toux sèche et quinteuse, et la température remonta à 38°5. L'examen du thorax montra seulement de la faiblesse respiratoire à la base gauche, mais le lendemain on trouva de la matité, du souffle expiratoire, de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone. L'épanchement remontait assez haut, jusqu'au milieu de l'omoplate environ, mais il devait être de faible épaisseur car le mur-

mure vésiculaire s'entendait dans le lointain et les vibrations vocales n'étaient pas complètement abolies.

Ces symptômes persistèrent une dizaine de jours ; la fièvre, qui avait oscillé entre 37°5 et 38°5, disparut ; l'épanchement se résorba rapidement sans qu'il eût été nécessaire de ponctionner, et le 15 avril la malade put quitter l'hôpital en parfaite santé.

Ponctions exploratrices et examens cytologiques. —

La ponction du 16 mars permit de retirer du liquide hémorragique, mais en ponctionnant plus près de la ligne axillaire postérieure, on retirait du pus. Nous avions donc affaire à un épanchement cloisonné et polymorphe. Le liquide hémorragique occupait une grande partie de la cavité pleurale, mais s'étendait en couche mince, et le moindre déplacement de l'aiguille faisait cesser l'aspiration. Quant à la poche purulente, elle était minime, car on ne la rencontra que deux fois et on ne put retirer que 4 à 5 cc. d'un pus très épais.

Le pus était composé surtout de polynucléaires neutrophiles. Le liquide hémorragique contenait, outre les globules rouges, des globules blancs ; à la première ponction, ces derniers comprenaient, par parties égales, des polynucléaires et des lymphocytes. Dans les deux ponctions suivantes, on ne trouve à peu près que des lymphocytes.

Recherches bactériologiques. — L'examen direct des deux liquides (hémorragique et purulent) ne releva aucun germe, mais l'étude des cultures nous montra que chacun de ces exsudats contenait un microbe différent.

L'ensemencement du pus donna un cocco-bacille mobile ne prenant pas le Gram et dont les aspects culturels sur les milieux usuels rappelaient ceux du groupe Eberth-Coli. Ce microbe présente tous les aspects cul-

turaux du bacille d'Eberth ; en outre, il est agglutiné au 1/300^e par un sérum typhique déjà éprouvé ; le sérum sanguin de la malade l'agglutine à 1/200^e ; de même le sérum pleurétique. Il s'agit donc bien d'un bacille d'Eberth.

L'ensemencement du liquide hémorragique donna un cocco-bacille ne prenant pas le Gram, se développant avec exubérance sur les milieux de culture. Toutes ses réactions culturales sont celles d'un coli-bacille à propriétés biologiques faiblement développées. Il n'est agglutiné à aucun taux, ni par le sérum de la malade, ni par le sérum pleurétique. En outre, il n'est pas virulent.

L'inoculation au cobaye du sérum pleurétique donna un résultat négatif : 5 cent. cubes furent injectés sous la peau ; l'animal, sacrifié cinquante jours après, ne présentait aucune lésion tuberculeuse.

OBSERVATION IV

(Fernet. — Soc. méd. Hôp., 1891)

M..., 18 ans, confiseur, entre dans mon service, salle Monneret, n° 4, le 17 décembre 1890. Bonne santé habituelle ; une attaque antérieure de rhumatisme qui a duré six semaines.

Est malade depuis 2 mois : à la suite d'un refroidissement, il aurait été pris d'un point de côté et de légers frissons ; cependant il n'interrompt pas son travail, bien qu'éprouvant de temps en temps un peu d'oppression. Il y a un mois, se sentant trop fatigué, il fut

obligé de s'arrêter et de garder le lit : il avait perdu tout appétit, avait constamment soif et prétend avoir éprouvé des douleurs dans les fosses iliaques. Il y a quinze jours, il a eu de la céphalalgie et, il y a une dizaine de jours, deux épistaxis ; depuis ce même temps, il a perdu tout sommeil, et à ce moment aussi la diarrhée, provoquée d'abord par un purgatif, s'est établie et a persisté à raison de deux ou trois selles par jour.

Etat actuel. — Le malade paraît assez fatigué et surtout oppressé. Lorsqu'il s'assied sur son lit, il est tout étourdi. La langue est blanche sur le milieu, rouge sur les bords et à la pointe, il y a de l'anorexie et de la soif ; le ventre est légèrement ballonné et est le siège d'une sensibilité exagérée à la pression dans la fosse iliaque droite ; mais il n'y a pas sur l'abdomen de taches rosées lenticulaires. Les urines sont rouges, assez abondantes ; elles ne contiennent pas d'albumine.

La température axillaire était le soir de l'entrée à 39°, le lendemain matin à 38°5 ; pouls à 92, régulier. Cœur normal.

L'examen de la poitrine révèle les signes d'un épanchement de moyenne abondance dans la plèvre du côté droit (matité, abolition du bruit pulmonaire, affaiblissement des vibrations thoraciques, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas, égophonie ; par de transmission de la voix chuchotée). On trouve aussi à la base gauche quelques signes d'un léger épanchement, mais ces signes sont douteux.

Ainsi, chez ce malade, quels qu'aient été les accidents des cinq ou six premières semaines, accidents dont la nature est restée indécise, on trouve presque tous les signes de l'évolution d'une fièvre typhoïde datant d'une

quinzaine de jours; en outre, il existe une pleurésie, peut-être double, avec épanchement du côté droit.

Pour le diagnostic, on pourrait hésiter entre une fièvre typhoïde avec pleurésie et une tuberculose subaiguë avec état typhoïde. Nous inclinons vers la première hypothèse, en nous appuyant sur ce fait que les signes de la fièvre typhoïde sont presque au complet, et que, notamment, les signes fournis par l'appareil digestif sont très accusés; il est vrai qu'il n'y a pas de taches rosées lenticulaires, mais cette absence n'a peut-être pas une valeur décisive; ces taches, en effet, ont souvent disparu au quinzième jour de la maladie.

Avant de conclure cependant, nous décidons de faire une thoracentèse et d'examiner le liquide extrait au point de vue bactériologique.

Malgré qu'on se soit servi pour la thoracentèse du trocart n° 2 de Potain, on ne peut retirer que 100 gr. de liquide séreux, clair, contenant quelques grumeaux fibrineux. Il est presumable, ou bien qu'il n'existait qu'un faible épanchement étalé en nappe, ou bien que le trocart aura été obstrué par un grumeau; cette seconde éventualité est peut-être rendue probable par la persistance des signes physiques qu'on a pu constater par la suite.

L'examen du liquide (M. Girone) a donné les résultats suivants: Des ensemencements ont été faits sur gélose et en bouillon de veau peptonisé salé, et ces milieux ont été placés à l'étuve à 36°. On a fait également quelques plaques et on a inoculé deux gélatines en stries qui sont abandonnées à 23°.

Tous les milieux se sont peuplés régulièrement, un peu lentement, d'un organisme bacillaire qui, par sa morphologie, sa mobilité, ses réactions colorantes et sa

décoloration par le Gram, enfin ses cultures sur gélatine en stries et en plaques, rappelle tous les caractères du bacille d'Eberth.

Mais la culture sur pomme de terre permet surtout de se faire une opinion ferme : la mince pellicule en vernis luisant, blanchâtre, est tout à fait démonstrative.

En laissant déposer le liquide initial dans une des pipettes pendant quarante-huit heures, on pouvait mettre en relief directement dans ce liquide le même bacille.

La pleurésie typhique par bacille d'Eberth est donc incontestable.

20 décembre. — En présence de la persistance des symptômes typhoïdes et de l'état fébrile (les températures oscillent entre 38° et 39°2), nous nous décidons à soumettre le malade au traitement par les bains froids (bain à 20° toutes les trois heures, quand la température dépasse 38°5 dans l'aisselle) ; et ainsi, dans l'espace de six jours, le malade prend successivement cinq, six, sept, six, quatre bains, puis un seulement le 25 décembre.

26 décembre. — Les températures sont presque normales : 37°8 hier soir, 37°5 ce matin. On supprime les bains. On remarque pourtant que le ventre est ballonné, plus même qu'il y a quelques jours ; la diarrhée a cessé depuis deux jours. On trouve encore des signes d'épanchement à la base de la poitrine du côté droit en arrière dans l'étendue de quatre travers de doigt.

27 décembre. — Le malade est plus abattu, il n'a pas dormi cette nuit. Il est maintenant constipé et rend quelques matières glaireuses.

Le ventre est ballonné et un peu sensible à la pression. L'examen physique dénote l'existence d'un épanchement peu abondant dans la cavité péritonéale (matité

dans les parties déclives, son hydro-aérique à la limite de la matité, sonorité tympanique autour de l'ombilic, fluctuation diamétrale); cet épanchement est mobile: en plaçant le malade dans le décubitus latéral gauche, la sonorité reparait dans le flanc droit, et inversement.

On suspend l'alimentation légère qu'on avait commencée il y a deux jours et on revient au régime lacté exclusif. Deux verres d'eau de Sedlitz.

Jusqu'à la fin de décembre, le malade reste sans fièvre; mais l'ensemble de son état est peu satisfaisant, il est un peu abattu, sa langue reste couverte en dessus et rouge sur les bords, le pouls est à 112.

Dans les premiers jours de janvier, la température s'élève de nouveau et, du 3 au 10, elle oscille autour de 38° (37°4 le matin, 38°5 à 38°8 le soir); il y a un peu de diarrhée par intervalles. Les symptômes d'épanchement abdominal et d'épanchement pleural persistent. Cependant, le malade réclame avec insistance à manger et nous avons de la peine à le maintenir au régime.

A partir du 10 janvier, les températures recommencent à baisser, et le 14 elles sont normales. L'aspect général du malade devient meilleur. Les signes d'épanchement péritonéal persistent encore; ceux de l'épanchement pleural ont au contraire disparu et la respiration est redevenue pure jusqu'en bas.

Après quelques alternatives de fièvre pendant une semaine encore, le malade est entré en convalescence et tous les symptômes, y compris les symptômes abdominaux, ont graduellement disparu. Le malade a quitté l'hôpital, guéri, dans les premiers jours de février.

Quelques remarques sont nécessaires: dans ce cas, la pleurésie paraît avoir été antérieure à la fièvre typhoïde et on pourrait se demander si le bacille d'Eberth n'est

pas venu, au cours d'une fièvre typhoïde, échouer et pulluler dans un foyer de pleurésie dont il n'aurait pas été la cause originelle. Mais l'aspect clinique et l'évolution de la maladie rappellent fidèlement l'aspect, déjà maintes fois observé par l'auteur, de la pleurésie typhique. Il paraît donc vraisemblable d'admettre qu'il s'est agi d'une pleurésie typhoïde qui a été la première manifestation de l'infection éberthienne ; cette dernière ne s'est localisée qu'ensuite sur l'intestin.

Nous pourrions multiplier les observations, mais nous préférons nous borner à ces quelques cas dont chacun met en lumière un aspect clinique particulier de la maladie qui nous occupe. Nous les avons rapportés dans tous leurs détails, afin qu'ils apportent une base solide à la discussion étiologique et clinique dans laquelle nous allons maintenant entrer.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Louis, qui, le premier, a signalé l'existence des pleurésies dans la fièvre typhoïde, les considère comme rares et dit les avoir observées dans un cas sur 47.

Nous avons déjà dit que les auteurs anglais, à la même époque, étaient d'un avis contraire, et, d'après Jenner, la pleurésie apparaît au cours de la fièvre typhoïde dans 40 p. 100 des cas.

On avait donc tendance à croire alors que la pleurésie typhique est plus fréquente en Angleterre qu'en France, quand Murchinson publia sa statistique où, sur un nombre très considérable de dothlénentéries, il ne signale que deux fois l'existence d'une pleurésie concomitante.

Devant ces discordances, la discussion est restée suspendue. Elle a été reprise il y a quelques années à la suite de notes publiées par Widal et Mercklen et rapportant 10 cas de pleurésies typhiques observés par les

auteurs en moins de six mois. A propos de ces communications Siredey a discuté la fréquence de cette pleurésie, que ses propres observations lui font considérer comme rare, et s'est étonné de la statistique de Widal et Mercklen.

La discussion sur la fréquence de la pleurésie éberthienne n'a donc abouti, en définitive, qu'à des résultats discordants. Il semble qu'il soit nécessaire de tenir compte, pour expliquer ces divergences, de facteurs tirés de la nature du germe, des caractéristiques de l'épidémie, de l'état antérieur des sujets, etc.

Il est certain, en effet, que certaines épidémies de fièvre typhoïde ont, plus que d'autres, tendance à donner des complications du côté des séreuses. C'est ainsi que, dès 1876, Féréol signalait, au cours d'une épidémie qu'il observa, la fréquence des complications séreuses. Si l'on examine les statistiques publiées, on s'aperçoit que, suivant les années, les pleurésies semblent plus ou moins fréquentes. Il y a dans ce fait l'explication probable des divergences si grandes que nous avons signalées entre les auteurs.

La méthode de Brand a été accusée de favoriser l'apparition de pleurésies, et certains auteurs ont cru reconnaître que la pleurésie est plus fréquente chez les malades traités par les bains froids. Il est difficile de se faire à ce sujet une opinion exacte, car beaucoup de pleurésies ont dû passer inaperçues autrefois à cause de l'insuffisance des moyens de diagnostic. Du reste, la méthode de Brand a été un peu modifiée et, sauf des indications spéciales, on donne aujourd'hui des bains moins froids et moins susceptibles, par conséquent, de favoriser l'apparition de complications respiratoires. L'expérience acquise montre d'ailleurs que ces compli-

cations, lorsqu'elles sont dues au bacille d'Eberth, sont très heureusement influencées par la balnéation. Il suffit que celle-ci soit pratiquée correctement, pour que le malade ne courre aucun risque de refroidissement.

La pleurésie typhique apparaît rarement chez les enfants, on l'observe surtout chez des adultes et sa fréquence paraît égale chez l'homme et chez la femme. Elle se produit assez souvent chez les vieillards ; on sait du reste que la fièvre typhoïde, relativement rare chez les vieillards, est en général grave chez eux et fertile en complications de toutes sortes, comme chez les sujets en état de moindre résistance organique.

Dans les cas de pleurésie purulente éberthienne qui ont été suivis d'autopsie, on a trouvé très souvent des lésions de voisinage : bronchite ou congestion pulmonaire, infarctus, pneumonies ou broncho-pneumonies. Parfois, comme dans des cas d'Hoffmann et Potain, il existe des lésions pulmonaires tuberculeuses.

On a trouvé encore des lésions de péri-hépatite et de péri-splénite, parfois des abcès hépatiques ou péri-hépatiques (Remlinger), ou des phlegmons sous-diaphragmatiques.

Parfois la pleurésie purulente survient chez un malade porteur de lésions cutanées purulentes, abcès ou escarres. Elle peut, certes, être la seule complication purulente constatée, mais en pratique on la trouve très rarement primitive. A peu près toujours, elle survient chez des malades présentant déjà d'autres complications suppurées.

Il en est autrement de la pleurésie séro-fibrineuse qui, elle, est très souvent primitive. Elle est due soit au bacille d'Eberth, soit au bacille de Koch. Cliniquement, il est impossible le plus souvent de déterminer sa nature, seul

le laboratoire permet de le faire. Un exemple frappant nous est fourni par l'observation de Fernet que nous avons reproduite. Cette pleurésie séro-fibrineuse, survenue primitivement avant même l'apparition de la fièvre typhoïde, avait les plus grandes chances d'être tuberculeuse et seul le laboratoire permit de faire le diagnostic que l'évolution ultérieure de la maladie confirma.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

A. Symptomatologie.

La symptomatologie de la pleurésie typhique ne diffère guère de celle d'une pleurésie quelconque. Il est fréquent de la voir associée à des phénomènes de bronchite assez accusés qu'il est rare de constater au cours des pleurésies bacillaires.

Nordmann a fait remarquer, en outre, que d'ordinaire la quantité de liquide que l'on retire est peu abondante et n'est pas en rapport, souvent, avec l'intensité des signes physiques. Il est rare que l'on retire plus de 200 ou 300 grammes.

Les signes généraux et locaux de la pleurésie typhique ne sont pas toujours très nets. Tantôt la pleurésie masque la fièvre typhoïde, tantôt, au contraire, elle passe ina-

perçue au milieu du tableau plus bruyant de celle-ci. C'est pourquoi il est préférable, ainsi que le fait Nordmann, de classer les pleurésies typhiques d'après l'époque de leur apparition.

1. Pleuro-typhus.

Les pleurésies du début qui constituent le pleuro-typhus sont extrêmement rares. Le cas de Fernet que nous avons reproduit en est un exemple très net. Ce sont ces cas qui offrent les plus grandes difficultés quant au diagnostic de nature. La pleurésie apparaît alors que les symptômes de la fièvre typhoïde n'existent pas ou sont si atténués qu'ils passent inaperçus. Très souvent, on peut croire au léger embarras gastrique qui accompagne fréquemment la pleurésie bacillaire. Le malade se plaint seulement d'un point de côté léger, d'une petite toux sèche, d'un peu de gêne respiratoire ; les seuls symptômes digestifs qu'il accuse le plus souvent sont de l'anorexie et parfois quelques vomissements ou un peu de diarrhée. Encore ces symptômes mêmes font-ils très souvent défaut, surtout au début. La fièvre, quelquefois très élevée, est le plus souvent relativement légère.

Quant aux signes locaux, ils sont habituellement assez nets : submatité, souffle léger, égophonie, pectoriloquie aphone sont presque toujours au complet. Mais l'épanchement, si l'on ponctionne, est peu abondant. Le liquide est d'ordinaire séreux, parfois hématique. L'évolution de la pleurésie n'est pas toujours régulière, il y a des périodes d'amélioration et des périodes de recrudescence pendant toute la durée de la fièvre typhoïde ; mais le plus souvent la pleurésie reste d'allure bénigne, quelle que

soit la gravité de la fièvre typhoïde elle-même. Elle guérit toujours de façon complète, sans aucun reliquat.

Parfois, cependant, l'évolution est moins favorable. Gauthier a rapporté un cas où une pleurésie typhique, d'allure bénigne au début, évolua de façon fort grave et entraîna la mort du malade.

L'épanchement, du reste, n'est pas toujours sérieux. Il est parfois purulent d'emblée et ces empyèmes sont alors excessivement graves et peuvent entraîner très rapidement la mort du malade. C'est ainsi que certains empyèmes d'allure foudroyante ne sont pas toujours rapportés à leur véritable cause, et le malade meurt avant que l'on ait pu faire un diagnostic complet. Un malade de Nordmann, qui mourut d'une pleurésie purulente hypertoxique, en très peu de jours, fut trouvé à l'autopsie porteur de lésions intestinales de dothiéntérie. Le diagnostic n'avait pu être fait, tant les symptômes typhiques avaient été masqués par ceux plus bruyants de l'empyème.

Le diagnostic ne peut être fait le plus souvent que par les moyens de laboratoire sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

2. Pleurésies de la période d'état.

Ces pleurésies, dont un bon type est fourni par l'observation que nous avons reproduite la première, sont les plus fréquentes. Il s'agit alors d'un malade en pleine évolution qui présente tout à coup une recrudescence des symptômes respiratoires légers qu'il avait présentés jusque-là. Parfois même, alors qu'il n'avait rien eu encore du côté de l'appareil respiratoire, les signes éclatent au milieu de l'évolution de la fièvre typhoïde.

Le début se fait parfois par un point de côté, parfois

par un frisson. Il peut aussi être insidieux et le malade présente seulement un accroissement de température et un peu de dyspnée. Aussi faut-il toujours soigneusement surveiller le thorax des dothiéntériques.

On trouve une légère matité à une base, un souffle doux, la respiration est très diminuée, l'égophonie et la pectoriloquie aphone existent souvent. Il est rare que l'épanchement soit très abondant, il s'étend plutôt en lame mince. L'état général du malade est plus ou moins touché; il est beaucoup plus grave lorsque l'épanchement est purulent. Mais les cas de pleurésie purulente très graves sont relativement rares. La guérison spontanée par ponctions, sans intervention, se voit assez souvent.

3. Pleurésies de la période de déclin.

C'est le cas de notre deuxième observation, et c'est un cas assez fréquent. Chez un malade arrivé à la fin de sa fièvre typhoïde et chez lequel la température arrive au voisinage de la normale, on voit tout à coup la fièvre se rallumer; en même temps le malade accuse du malaise mais sans se plaindre, le plus souvent, d'aucun symptôme précis. Il n'y a pas de recrudescence des symptômes digestifs, la langue est à peine sale, la diarrhée ne reparait pas, l'état général est médiocre, il y a souvent de la dyspnée. Le malade ne tousse pas, ou tousse peu.

En l'examinant, on constate la présence d'une pleurésie, très insidieuse, et la ponction donne issue à un liquide peu abondant, parfois hémorragique, parfois séro-fibrineux, plus souvent purulent. On est étonné souvent du peu de symptômes généraux auxquels

donnent lieu les épanchements purulents. On a même signalé des cas où la pleurésie a pu, pendant très longtemps, passer complètement inaperçue.

4. Pleurésies de la convalescence.

Lorsqu'une pleurésie apparaît au cours de la convalescence chez un typhique guéri, elle est le plus souvent de nature bacillaire. Mais cependant on a signalé quelques cas (Barjon et Lesieur) où la nature éberthienne de l'épanchement ne faisait pas de doute. La symptomatologie n'offre rien de bien spécial, sinon que la marche de la maladie est plus régulière dans ces alternatives d'amélioration et de recrudescence que nous avons signalées pour les pleurésies des autres périodes.

B. Évolution et Pronostic.

Il faut distinguer quelques cas d'espèces dans l'évolution de la pleurésie typhique.

La pleurésie du début est en général relativement bénigne. Le plus souvent, la pleurésie évolue pour son compte, sans grand bruit et sans grand dommage pour le malade, et, lorsque la dothiéntérie est guérie, la pleurésie est guérie aussi. Cette guérison, dans ce cas, est toujours complète et sans reliquat.

Lorsque l'épanchement est purulent, la situation peut être plus grave, la guérison spontanée n'est pas toujours possible, mais ces cas restent l'exception.

La pleurésie de la période d'état et celle du déclin ont une gravité très différente suivant que l'épanchement

est séro-fibrineux ou purulent. Dans le premier cas, la guérison spontanée se produit en deux ou trois semaines et il ne persiste aucun reliquat pleural. Parfois il y a plusieurs évolutions successives. Dans le deuxième cas, au contraire, la résorption du liquide est rarement spontanée. Il faut des ponctions répétées, et parfois même une intervention sanglante est nécessaire pour désinfecter la plèvre. Cependant, même dans ce cas, la guérison spontanée n'est pas impossible.

Les pleurésies de la convalescence ont une plus longue durée, et persistent parfois pendant un mois et davantage, même quand elles sont de nature éberthienne. Elles procèdent en général d'une seule poussée. Mais l'épanchement a tendance à se reproduire très rapidement après les ponctions. S'il est purulent, il nécessite souvent une intervention. En outre, il est assez fréquent de voir ces pleurésies de la convalescence laisser après elle de l'obscurité respiratoire et même un peu de matité dues à des adhérences pleurales. La question de leur nature est, du reste, beaucoup plus délicate.

C. Diagnostic.

Le diagnostic de la pleurésie elle-même est extrêmement facile. Il suffit de penser à la possibilité de son existence afin de ne pas la laisser passer inaperçue dans les cas assez fréquents, nous l'avons vu, où elle ne se traduit par aucun phénomène bruyant.

Le diagnostic de la nature de la pleurésie est plus difficile et ne peut être fait que par des moyens de labo-

ratoire. Encore reste-t-il bien des indécisions : même dans les cas où le bacille d'Eberth peut être isolé, il est difficile de savoir s'il n'est pas associé à d'autres microbes et, en particulier, au bacille de Koch.

Chez un malade présentant d'une part une pleurésie et d'autre part un état typhique et des troubles digestifs, la séro-réaction de Widal permettra d'affirmer ou d'éliminer l'existence d'une fièvre typhoïde. Jusqu'ici rien que de très simple.

Mais, étant donné un typhoïsant porteur d'une pleurésie, comment diagnostiquer la nature de celle-ci ? Une ponction donnera du liquide et ce liquide *devra êtreensemencé*. Il est très rare, en effet, il est même tout à fait exceptionnel que l'examen direct du liquide permette de trouver du bacille d'Eberth.

Si la culture reste stérile, on est autorisé à éliminer la pleurésie typhique et il s'agit alors le plus souvent d'une pleurésie tuberculeuse. Mais ceci n'est pas absolu. Le bacille d'Eberth des liquides pleuraux ne cultive pas toujours aisément, et il arrive qu'on n'obtient des cultures qu'à la deuxième ou troisième ponctions. Pour éliminer sûrement la pleurésie typhique, il faut donc pratiquer plusieurs examens et ne pas se contenter d'une seule culture.

Quand la culture est positive pour l'Eberth, on peut poser avec certitude le diagnostic de pleurésie typhique. Mais il faut néanmoins faire quelques réserves sur la possibilité d'une association avec le bacille de Koch.

Il faut compléter la méthode des cultures par quelques autres recherches. La principale est la recherche de l'*agglutination*. Il est démontré que le pouvoir agglutinant du liquide de pleurésie typhique pour l'Eberth est considérable. Il peut même, contrairement à l'opinion de

Widal et Sicard, être plus considérable pour le liquide pleural que pour le sang. Dans la première observation d'Achard que nous avons reproduite, le liquide pleural agglutinait à 1/100 au début de la maladie, alors que le sérum sanguin n'agglutinait qu'à 1/10. Courmont a prétendu que la présence du bacille typhique dans un liquide le privait du pouvoir agglutinant. On ne peut ériger cette opinion en règle absolue puisque, dans l'observation dont nous parlons, le liquide donnait des cultures pures d'Eberth alors qu'il agglutinait ce même germe à 1/100.

Il est vrai que Courmont a publié quelques recherches qui semblent montrer que les liquides de pleurésies bacillaires, staphylococciques ou streptococciques, qui se produisent chez des typhiques agglutinent également le bacille d'Eberth. Il y a là un point qui appelle de nouvelles recherches. Lesieur et Barjon ont proposé de rechercher le pouvoir éberthicide du liquide. Mais ceci ne prouve rien, car un épanchement quelconque se produisant chez un typhique peut prendre aussi ce pouvoir.

Quant à l'*examen cytologique*, il donne des résultats indécis : polynucléaires et lymphocytes avec d'assez nombreuses cellules endothéliales réunies parfois en placards (Ravaud). Il est très difficile, à l'examen cytologique, de différencier une pleurésie typhique d'une pleurésie bacillaire, car on sait que celle-ci, à certains stades, peut faire de la polynucléose.

L'épreuve de l'*inoculation au cobaye* est la plus décisive, on pourrait presque dire la seule décisive, car elle permet d'éliminer la tuberculose et de faire le diagnostic quand l'hésitation reste limitée, comme c'est le cas le

plus fréquent, entre le diagnostic de pleurésie typhique et celui de pleurésie bacillaire.

D. Thérapeutique.

Cette thérapeutique ne diffère pas essentiellement de celle des autres pleurésies, aussi serons-nous bref sur ce chapitre. Il faut d'abord traiter la cause de la pleurésie, c'est-à-dire la fièvre typhoïde, et mettre en œuvre toute la thérapeutique habituelle de celle-ci. Nous avons eu l'occasion de dire incidemment que l'existence d'une pleurésie n'est pas une contre-indication à la balnéation si celle-ci est pratiquée correctement, en supprimant pour le malade tout risque de refroidissement. Il semble au contraire que toutes les complications de la fièvre typhoïde, y compris les complications respiratoires, soient heureusement influencées par les bains.

Si le liquide est peu abondant et si la pleurésie ne donne pas lieu à des troubles fonctionnels très marqués, il n'y a pas lieu de s'occuper spécialement d'elle. Elle guérira avec la dothiéntérie. Il suffira de la surveiller.

Si l'épanchement paraît abondant, si la gêne fonctionnelle est notable, la ponction est indiquée et peut être répétée aussi souvent qu'il sera nécessaire. La pleurésie séro-fibrineuse guérit très bien par la méthode des ponctions. Pour les épanchements purulents, il n'en est pas de même dans la majorité des cas et il est presque toujours nécessaire de recourir à la pleurotomie. Sans cette opération, le foyer purulent risque de s'enkyster et de se prolonger indéfiniment. On sait com-

bien toutes les suppurations typhiques ont peu de tendance à guérir spontanément.

Quant à l'époque de l'intervention, elle a donné lieu à de nombreuses discussions dans le détail desquelles nous n'entrerons pas. Il faut tenir compte de l'état local et de l'état général du malade. Il est rare que l'indication opératoire soit assez pressante pour qu'on ne puisse pas attendre que la fièvre typhoïde soit à peu près guérie avant de songer à intervenir.

CONCLUSIONS

I. — La fréquence des pleurésies au cours de la fièvre typhoïde est extrêmement variable suivant les auteurs. Elle dépend probablement des qualités du germe et des prédispositions individuelles des malades.

II. — Elles peuvent apparaître au début de la fièvre typhoïde (pleuro-typhus), au cours de la période d'état, au cours de la période de déclin ou pendant la convalescence.

III. — Les pleurésies du début et de la période d'état sont en général peu abondantes et guérissent assez facilement, avec ou sans ponction, surtout si l'épanchement est séro-fibrineux.

IV. — Les pleurésies du déclin et de la convalescence sont plus abondantes, plus tenaces. Elles sont souvent purulentes. Parfois elles sont d'origine tuberculeuse.

V. — Les pleurésies purulentes, fréquentes, gué-

rissent parfois sans intervention mais nécessitent le plus souvent une pleurotomie.

VI. — Le diagnostic, cliniquement difficile, tout au moins quant à la nature de la pleurésie, est facilité par les recherches du laboratoire (culture, agglutination, inoculation au cobaye, etc.).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 16 juillet 1919.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 15 juillet 1919.

Le Doyen,

MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Des pleurésies dans la fièvre typhoïde (Semaine médicale, 1898).
- ARLOING-DUMAREST. — Antagonisme de la fièvre typhoïde et de la tuberculose (Soc. de biol., 1899).
- BARJON et LESIEUR. — Des pleurésies dans la fièvre typhoïde (Lyon méd., 1906).
- BÉRIEL. — Un cas de pleurésie hémorragique dans la fièvre typhoïde (Gaz. des hôpit., 1906).
- BILLET. — Pleurésies méta-typhiques (Lyon méd., 1906).
- BRUNEAU. — Complications pulmonaires de la fièvre typhoïde (Th. de Paris, 1893).
- CADE. — Pleurésie tuberculeuse dans la fièvre typhoïde (Soc. méd. des hôpit. de Lyon, 1906).
- CASTEX. — Complications pulmonaires dans la typhoïde (Th. de Paris, 1879).
- CHAPPET. — Soc. méd. des hôpit. de Lyon, 1903.
- CHARRIN et ROGER. — De la présence du bacille d'Eberth dans les épanchements hémorragiques (Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1891).
- COURMONT (P.) et MARTIN. — Typhoïde avec complications pleuro-pulmonaires pneumococciques (Lyon méd., 1897).
- COURMONT (P.). — Soc. de biol., 1897.
- CRESPIN. — Fièvre typhoïde dans les pays chauds (Paris 1901).
- DEBRIE. — Typho-tuberculose (Arch. de méd. et de pharm. milit., t. XXXV,

- DESCOS. — Fièvre typhoïde et granulie (Lyon méd., 1902).
- DINEUR. — Séro-diagnostic dans typh. (Bull. de l'Acad. roy. de Belgique, 1897).
- DOPTER. — Rechute dans typhoïde sous forme de pleuro-typhus (Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1903).
- DUCLoux. — Accidents pulmonaires dans typh. (Th. de Montpellier, 1882).
- FERNET. — Pleuro-typhus (Soc. des sc. méd. de Paris, 1891).
- GAILLARD. — Pleurésies dans la fièvre typhoïde (Th. de Paris, 1883).
- Tuberculose post-typhique (Médecine mod., 1897).
- Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1900).
- GAUTHIER. — Un cas de pleurésie dans typh. (Arch. gén. de méd., 1904).
- GILLIES. — Montreal med. Journ., t. XXX.
- GOUGEROT. — Réactions cellulaires dans les épanchements séro-fibrineux (Arch. de méd. expériment., 1906).
- JACQUIN. — Pleurésies tuberculeuses chez les typhiques (Th. de Lyon, 1903-1904).
- JAUBERT. — Typhoïde et tuberculose (Th. de Lyon, 1906).
- JAUGEY. — Pleurésies dans la fièvre typhoïde (Th. de Paris, 1888).
- JOSSERAND et P. COURMONT. — Pleurésie tuberculeuse chez un typhique (Soc. méd. des hôpit. de Lyon, 1906).
- KELSCH. — Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1892.
- LABASLE. — De quelques complications dans typh. (Lyon, 1892-1893).
- LABICHE. — Pleurésies typhiques (Th. de Paris, 1899).
- LACOMBE. — Pleurésies typhiques (Journ. des prat., 1905).
- LANNE. — Th. de Lyon, 1893-1894.
- LA SAIGNE. — Pleurésies au cours de la fièvre typhoïde (Paris, 1879).
- LÉVI (L.). — Soc. méd. des hôpit. de Paris, nov. 1903.
- LÉVI (L.) et MALLOIZEL. — Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1903.
- LÉVY. — Arch. expériment. de pathol., 1900.
- LORIGA et PENSUTI. — Riforma med., sept. 1890.

- MÉNÉTRIER. — Fièvre typhoïde compliquée de pleurésie droite (Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1896).
- MICHEL. — Pleurésies typhiques (Th. de Paris, 1900).
- MOSNY et BEAUFUMÉ. — Pleurésie tuberculeuse dans typhoïde (Tribune méd., 1904).
- NORDMANN et BILLET. — Pleurésies de la convalescence dans la fièvre typhoïde (Arch. gén. de méd., 1906).
- NORDMANN. — Gaz. des hôpit., 1907.
- POTAIN. — Pleurésie et tuberculose dans la typhoïde (Gaz. des hôpit., 1885).
- RAVAUD. — Cytologie des épanchements pleuraux (Th. de Paris, 1901).
- RAYBAUD. — Fièvre typhoïde compliquée de pleurésie (Bulletin méd., 1900).
- REMLINGER. — Pleuro-typhus et pleurésies à bacilles d'Eberth (Revue de méd., 1900).
- RENDU et DE GENNES. — Pleurésies purulentes post-typhiques (Soc. de chir., 1885).
- ROSENTHAL. — Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1903.
— Tribune méd., 1904.
- SACAZE. — Un cas de pleurésie séreuse tuberculo-streptococcique (Revue de méd., 1893).
- SIREDEY. — Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1900.
- SOUQUES, LESNÉ et RAVAUT. — Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1900.
- TALAMON. — Médecine mod., 1891.
- TALAMON-LECORCHÉ. — Pleuro-typhus (Etudes méd. de la maison Dubois, 1881).
- TISSERAND et TRUCHET. — Pleurésies purulentes post-typhiques (Loire méd., 1906).
- VERGNAUD. — Rapports de fièvre typhoïde et tuberculose (Th. de Paris, 1901).
- VINCENT. — Cytologie des pleurésies typhiques (Soc. de biol., 1903).
- WIDAL et MERCHLEN. — Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1903.
- WIDAL et LEMIERRE. — Soc. de biol., 1903.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
